Stellungnahme zu Organentnahme und Organtransplantation

AG Organtransplantation der DBU

I.

In der abendländischen Kultur wird der Tod zumeist als ein Ereignis verstanden, das zu einem genau definierbaren Zeitpunkt eintritt. Dieses Verständnis wurzelt in der Auffassung von der Doppelnatur des Menschen als einem vergänglichen Körper mit einer ewigen, unzerstörbaren Seele, wobei der Tod die 'Loslösung' der Seele vom Körper ist. Man war und ist noch heute in der Regel der Auffassung, diese Trennung sei eindeutig anhand körperlicher Merkmale feststellbar. Traditionell wurde der Herzstillstand und das Einstellen der Atmung als Merkmal des Todeseintritts angesehen. Seit Ende der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts gab es jedoch verstärkt Bemühungen, neue Kriterien für den Eintritt des Todes einzuführen. Bahnbrechend war hier der Vorstoß einer Kommission der Harvard Medical School[1] im Jahre 1968:

> *Unser primäres Anliegen ist, das irreversible Koma (= Coma depasse) als neues Todeskriterium zu definieren. Es gibt zwei Gründe für den Bedarf an einer neuen Definition:*
> *1 . Der medizinische Fortschritt auf den Gebieten der Wiederbelebung und der Unterstützung lebenserhaltender Funktionen hat zu verstärkten Bemühungen geführt, das Leben auch schwerstverletzter Menschen zu retten. Manchmal haben diese Bemühungen nur teilweisen Erfolg: Das Ergebnis sind dann Individuen, deren Herz fortfährt zu schlagen, während ihr Gehirn irreversibel zerstört ist. Eine schwere Last ruht auf den Patienten, die den permanenten Verlust ihres Intellekts erleiden, auf ihren Familien, auf den Krankenhäusern und auf solchen Patienten, die auf von diesen komatösen Patienten belegte Krankenhausbetten angewiesen sind.*
> *2. Überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen.*

Noch im selben Jahr wandte sich der Philosoph Hans Jonas in einer vernichtenden Kritik gegen diesen Vorschlag und die daraus ableitbaren Konsequenzen[2]:

> *Solange es sich nur darum handelt, wann es erlaubt sein soll, die künstliche Verlängerung gewisser Funktionen (wie Herzschlag), welche traditionell als Lebenszeichen gelten, einzustellen - und das ist **eine** der beiden erklärten Anliegen, denen die Kommission dienen wollte - , sehe ich nichts Ominöses in dem Begriff des „Gehirntodes". In der Tat, es bedarf keiner neuen Definition des Todes, um in diesem Punkt dasselbe **praktische** Ergebnis wie diese zu legitimieren - wenn man sich z.B. den Standpunkt der katholischen Kirche zu eigen macht, der hier einmal überaus vernünftig ist: „Wenn tiefe Bewusstlosigkeit für permanent befunden wird, dann sind außerordentliche Mittel zur Weitererhaltung des Lebens nicht obligatorisch. Man darf sie einstellen und dem Patienten erlauben, zu sterben." Das heißt: Beim Vorliegen eines klar definierten negativen Gehirnzustands darf der Arzt dem Patienten erlauben, seinen eigenen Tod gemäß jeder Definition zu sterben, der von selbst das Spektrum aller nur möglichen Definitionen durchlaufen wird. Aber ein beunruhigend entgegengesetzter Zweck verbindet sich mit diesem in der Suche nach einer neuen Definition des Todes - d.h. in dem Ziel, den Zeitpunkt der Toterklärung **vor**zuverlegen: die Erlaubnis nicht nur, die Lungenmaschine abzustellen, sondern nach Wahl auch umgekehrt sie (und andere „Lebenshilfen") weiter anzuwenden und so den Körper in einem Zustand zu erhalten, der nach älterer Definition „Leben" gewesen wäre (nach der neuen aber nur dessen*

*Vortäuschung ist) - **damit** man an seine Organe und Gewebe unter den Idealbedingungen herankann, die früher den Tatbestand der „Vivisektion" gebildet hätten.*

Seine Folgerung lautete[3]:

Die Grenzlinie zwischen Leben und Tod ist nicht mit Sicherheit bekannt, und eine Definition kann Wissen nicht ersetzen. Der Verdacht ist nicht grundlos, dass der künstlich unterstützte Zustand des komatösen Patienten immer noch ein Restzustand von Leben ist (wie er bis vor kurzem auch medizinisch allgemein angesehen wurde). D. h., es besteht Grund zum Zweifel daran, dass selbst ohne Gehirnfunktion der atmende Patient vollständig tot ist. In dieser Lage unaufhebbaren Nichtwissens und vernünftigen Zweifels besteht die einzig richtige Maxime für das Handeln darin, nach der Seite vermutlichen Lebens hinüberzulehnen.

Hans Jonas hatte seiner Kritik nicht umsonst den treffenden Titel „Gegen den Strom" gegeben - der Vorstoß der Harvard-Kommission wurde von medizinischen Standesorganisationen aufgegriffen und das dort geforderte neue Kriterium für den Eintritt des Todes – der sog. Hirntod – wurde mittlerweile in vielen Ländern auch als juristische Norm eingeführt. Erst durch die so geschaffenen rechtlichen Rahmenbedingungen wurde der heutige Stand der Transplantationsmedizin möglich. Das Hirntodkriterium macht einen menschlichen Körper, bei dem essentielle vitale Funktionen noch vorhanden sind, zu einer Sache, die einer medizinischen Weiterverwertung zugeführt werden darf. Die Frage, ob die Einstufung als 'Sache' objektiv gerechtfertigt ist – ob also zweifelsfrei davon ausgegangen werden kann, dass der tot Erklärte als Person nicht mehr existiert und durch die Weiterverwertung seines Körpers keinen Schaden erleidet - ist jedoch nach wie vor für viele Menschen ungeklärt. Davon abgesehen sind hier natürlich auch Aspekte der Pietät und Würde im Umgang mit Toten und Sterbenden berührt - Aspekte, die in jeder Kultur ein Gradmesser sittlicher Reife sind.

Schon in der frühen Erklärung der Harvard-Kommission wird deutlich von einem 'Bedarf' für das Hirntod-Kriterium gesprochen und der Verdacht liegt nahe, dass es vor allem der im zweiten Punkt der Erklärung angesprochene Bedarf war, - „Kontroversen bei der Beschaffung von Organen" zu vermeiden - , der zur schnellen Akzeptanz der Gehirntod-Definition führte. Die Motivation durch einen 'Bedarf' lässt es gerechtfertigt erscheinen, in Bezug auf den Hirntod von einer 'zweckgerichteten Definition' zu sprechen. Es sind daher neben den schon angesprochenen Fragen auch eben diese Zwecke (hier speziell der unter Punkt zwei genannte), die einer genauen Prüfung in Bezug auf ihre ethische Rechtfertigung und ihre sozialen Auswirkungen unterzogen werden sollten.

Zunächst ist zu bedenken, dass die Herangehensweise der modernen westlichen Medizin an die Problematik einer Definition des Todes durchaus nicht rein wissenschaftlich ist, sondern auch auf einer rational nicht begründbaren ethnozentrischen Voraussetzung beruht – nämlich auf dem abendländischen Leib-Seele-Modell. Das buddhistische Menschenbild hingegen unterscheidet sich stark vom christlich geprägten Bild eines beseelten Körpers. Der Mensch ist nach buddhistischer Auffassung eine Einheit psychischer und physischer Faktoren, wobei keinem dieser Faktoren die Rolle eines 'Persönlichkeitskernes' oder einer Seele zugewiesen werden kann. Eine Person existiert demnach nur durch das Zusammenwirken dieser grundsätzlich gleichwertigen Faktoren, als ihre Funktion.

Der Tod ist nach diesem Verständnis daher nicht der Eintritt eines bestimmten Ereignisses – etwa der Ausfall eines bestimmten Organes – sondern wird prozesshaft begriffen als die allmähliche Auflösung eben dieses Funktionszusammenhanges der die Person ausmachenden Faktoren. Da keiner dieser Faktoren für sich als Träger des Ich begriffen wird, kann auch keiner von ihnen allein ein Kriterium für den Eintritt des Todes, also für einen abgeschlossenen Sterbeprozess, liefern. Einen bestimmten Zeitpunkt innerhalb dieses Auflösungsprozesses als

Eintritt des Todes zu definieren, kann daher nur eine rein formale Festlegung sein. In dieser formalen Festlegung liegt die eigentliche Problematik der 'zweckgerichteten Definition', da bei den hierzu herangezogenen Kriterien tendenziell Nützlichkeitserwägungen die entscheidende Rolle spielen, die nicht dem Sterbenden selbst, sondern anderen Zwecken dienen.

Sicher ist eine solch formale Definition des Todeseintritts nicht rein willkürlich, doch täuscht sie eine Zäsur vor, die aus sich selbst heraus – jenseits der erwähnten Nützlichkeitserwägungen – nicht zwingend nachvollziehbar ist. Die Tatsache, dass bei Feststellung des Hirntodes der Sterbeprozess in ein nicht mehr umkehrbares Stadium eingetreten ist, darf nicht den Blick dafür verstellen, dass man es immer noch mit einem Sterbenden zu tun hat, der Anspruch auf Respektierung seiner Würde hat.

Aus dem rein formalen, legalistischen Charakter der Definition von ‘Tod’ folgt, dass eine Organentnahme zum Zweck der Transplantation (also zu einem medizinisch noch sinnvollen Zeitpunkt) auf jeden Fall einen Eingriff in den Sterbeprozess bedeutet. Bedenklich ist ein solcher Eingriff insbesondere, da nach buddhistischer Lehre in das zentrale Heilsziel der Befreiung noch im Verlauf des Sterbeprozesses eingetreten werden kann, das bewusste Erfahren des Auflösungsprozesses zumindest aber einer Annäherung an dieses Ziel förderlich sein kann. Dass mit dem Ausfall der sog. höheren Bewusstseinsfunktionen ein solches Erfahren stark verändert ist, sich auf einer anderen geistigen Ebene abspielt, ist unzweifelhaft. Aus der Unmöglichkeit, einen solchen Modus der Erfahrung medizinisch-wissenschaftlich nachzuweisen (argumentum ex silentio), kann und darf jedoch nicht auf seine Nichtexistenz geschlossen werden.

In traditionell buddhistischen Ländern wird daher in der Regel großer Wert darauf gelegt, diese Erfahrung des Sterbeprozesses, sein ‘Erleben’, zeitlich weit über das Verlöschen wahrnehmbarer körperlicher Funktionen hinaus möglichst frei von jeglichen störenden Einflüssen zu halten. Dies betrifft emotionalen Stress (z.B. durch Angehörige, die in unmittelbarer Nähe des Sterbenden ihrer Trauer allzu deutlich Ausdruck geben) und selbstverständlich auch physische Störungen, wobei ein Eingriff in die körperliche Integrität des Sterbenden oder Toten sicher deren extremste Form ist.

Bei allen genannten Vorbehalten sollte jedoch ein anderer Aspekt keinesfalls übersehen werden. Die bewusste Entscheidung für eine Organspende kann eine wertvolle Übung in Freigebigkeit und Mitgefühl sein; sie kann das Leiden Kranker lindern und durch diese radikalste Form des Sich-Entäußerns zum Nutzen Anderer auf heilvolle Weise die Überwindung von Anhaftung und Ich-Illusion fördern. Voraussetzung dafür ist jedoch als Vorbereitung eine intensive persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und ein im Bewusstsein der Konsequenzen gefasster, freiwilliger und vorbehaltloser Entschluss. Es ist dies eine Entscheidung, die ein jeder nur für sich persönlich treffen kann – sie kann und darf ihm nicht aufgedrängt werden und sie kann und darf auch nicht anderen Menschen, insbesondere den Angehörigen Sterbender, aufgebürdet werden.

Aus den genannten Gründen ist nach unserer Auffassung beim Fehlen einer eindeutigen Willensäußerung eines potentiellen Organspenders den Angehörigen eine stellvertretende Einwilligung in eine Organentnahme nicht zu empfehlen[4]. Auch um den Angehörigen die zusätzliche emotionale Belastung durch ein solches Ansinnen, das an sie herangetragen werden könnte, zu ersparen, ist es empfehlenswert, rechtzeitig eine eindeutige persönliche Entscheidung zu treffen und diese zu dokumentieren. Dazu bietet sich außer Gesprächen mit Angehörigen an, einen Organspendeausweis auszufüllen und bei sich zu tragen. Die Möglichkeit, in diesem Ausweis die Organentnahme auch ausdrücklich zu verweigern, ist leider nur unzureichend bekannt.

II.

Ein Problemfeld eigener Art ist die sog. Lebendspende - hier spielen die oben genannten Erwägungen bezüglich des Sterbeprozesses keine Rolle. Es ist nicht möglich, hier generelle Aussagen unter dem Gesichtspunkt des Eingriffs in die körperliche Integrität oder einer möglichen gesundheitlichen Gefährdung des Spenders zu machen, da unter dem Begriff Lebendspende in dieser Hinsicht sehr unterschiedliche Vorgänge zusammengefasst werden - von der harmlosen Blut- oder Samenspende bis hin zur Nieren- und Teilleberspende.

Hier ist jedoch ein anderer, bislang noch nicht angesprochener Aspekt von besonderer Bedeutung, der vor allem im Zusammenhang mit der Lebendspende geeignet ist, in der Summe mehr Leid zu erzeugen als zu lindern. Das medizinisch Machbare hat neue Bedürfnisse geweckt und damit auch einen potentiellen Markt geschaffen - einen sehr lukrativen Markt, da ein großes Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage besteht. Die internationale Bellagio-Arbeitsgruppe über Transplantation, körperliche Unversehrtheit und den internationalen Organhandel stellte 1997 in einem Bericht[5] fest:

> *Gerade diese Knappheit hat Ärzten, Krankenhausverwaltern und Politikern in einer Anzahl von Ländern Anreize gegeben, ethisch zweifelhafte Strategien zur Beschaffung von Organen zu verfolgen. Sie sind weniger durch den Wunsch motiviert, die Bedürfnisse der Patienten in ihren Ländern zu erfüllen, als durch Zahlungen von Ausländern. Speziell hat der weltweite Fehlbedarf den Verkauf von Organen gefördert*
> *[...]*
> *Das physische Wohlbefinden benachteiligter Populationen, besonders in Entwicklungsländern, ist ohnehin gefährdet durch eine ganze Anzahl von Bedingungen, eingeschlossen die Gefahren von Mangelernährung, minderwertiger Behausung, unsauberes Wasser und parasitäre Infektionen. Unter diesen Umständen Organverkauf dieser Liste noch hinzuzufügen, würde eine bereits verletzliche Gruppe einer weiteren Bedrohung ihrer physischen Gesundheit und körperlichen Integrität aussetzen.*
> *[…]*
> *Selbst in entwickelten Ländern würde sich der Verkauf von Organen lebender Personen dem Missbrauch ausliefern. Man kann sich ein umgebautes Wohlfahrtssystem vorstellen, in dem Organe Vermögenswerte darstellen, die verkauft werden müssen, bevor eine Person Anspruch auf öffentliche Hilfe hat. Insgesamt bleiben Ungleichheiten in politischem Einfluss und sozialer Absicherung so grundlegend, und Armut und Benachteiligung so extrem, dass der freiwillige Charakter eines Organverkaufs zu bezweifeln ist.*

Der drohenden Kommerzialisierung der Transplantationsmedizin und der Entwicklung eines weltweiten Organhandels traten schon früh internationale Organisationen mit Erklärungen entgegen (u.a. die World Medical Association, die Transplantation Society und die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen). 1987 wurden in Deutschland zunächst die wichtigsten Grundsätze für Organtransplantationen in einem Transplantationskodex zusammengefasst, zu dessen Einhaltung sich die deutschen Transplantationszentren verpflichteten. 1997 wurde schließlich mit dem Transplantationsgesetz das Verbot des Organhandels in Deutschland gesetzliche Norm. Auch die vom Europarat initiierte, am 1. Dezember 1999 in Kraft getretene sog. Bioethikkonvention, ergänzt durch das Zusatzprotokoll vom 24.01.2002, untersagt in Artikel 21 die Verwendung des menschlichen Körpers und von Teilen davon zur Erzielung finanziellen Gewinns.

Trotzdem ist der illegale Organhandel - speziell der besonders gewinnträchtige mit Nieren von Lebendspendern - eine Wachstumsbranche mit enormen Gewinnspannen, wie der im Jahre 2003 im Auftrag des Europarates von der Schweizer Nationalrätin Ruth-Gaby Vermot-

Mangold erstellte Bericht[6] erneut gezeigt hat; insbesondere da sich skrupellosen Maklern in osteuropäischen Ländern aufgrund des dort herrschenden materiellen Elends neue ‘Quellen’ erschlossen haben.

III.

Auch wenn bei allen Überlegungen zur Problematik der Organentnahme zunächst der potentielle Organspender im Mittelpunkt zu stehen hat, so ist doch auch der potentielle Empfänger in unsere Überlegungen mit einzubeziehen. Während wir als potentieller Spender davon ausgehen sollten, dass unsere Gabe erwünscht ist und einem sinnvollen Zweck dient - dem, Leiden zu lindern - so sollten wir uns als potentielle Empfänger bewusst sein, dass das Akzeptieren einer solchen Gabe auch leidvolle Aspekte hat.

Damit sind keineswegs nur möglicherweise leidvolle Auswirkungen auf den Spender gemeint. So lange von einer freiwillig gegebenen Zustimmung des Spenders zur Entnahme ausgegangen werden kann, dürfen solche Überlegungen sicherlich in den Hintergrund treten. Trotzdem sollte man sich als Empfänger eines Organs darüber hinaus folgenden Fragen stellen, wobei die ersten beiden Fragen insbesondere den Fall der Lebendspende betreffen:

- Mit welcher Motivation wurde mir das Organ angeboten?
- Welche Folgen hat die Spende in gesundheitlicher, psychischer und spiritueller Hinsicht für den Spender?
- Kann ich ggf. damit leben, dass in den Sterbeprozess eines Menschen eingegriffen wurde?

Sinn dieser Auseinandersetzung ist es nicht, innere Vorbehalte zu erzeugen, sondern eben solche möglicherweise unbewusst vorhandenen Vorbehalte aufzudecken, sich damit auseinanderzusetzen und damit die Voraussetzungen für ein bewusstes Annehmen der Spende ohne verdeckte Schuldgefühle zu schaffen. Gerade in Hinsicht auf eine günstige medizinische Prognose sollte die Spende als Geschenk, als etwas Gegebenes und nicht als etwas Genommenes begriffen werden.

Für den Empfänger selbst ist die Annahme einer Spende in der Regel mit einer Fülle von Problemen verbunden, über die im Vorfeld Klarheit geschaffen werden sollte. Folgende Fragen wären hier zu bedenken:

- Falls ich ein Organ annehme - kann und will ich mit den Folgen leben, mit lebenslanger Einnahme von Medikamenten, die Nebenwirkungen und Folgeschäden verursachen, etwa mit dem Aufschwemmen des Körpers durch Kortison, mit psychischen Veränderungen oder Krebserkrankungen durch Immunsupressiva?
- Kann ich es ertragen, mit der Angst zu leben, dass mein Organ irgendwann abgestoßen wird, also mit einem ständigen hohen Sterberisiko?

Weitere potentielle Probleme bestehen schon, noch bevor ein geeigneter Spender überhaupt gefunden ist:

- Kann ich warten, bis ein geeignetes Organ gefunden wird, ohne negative Gedanken zu entwickeln? Ohne den Gedanken, dass irgendwo ein Mensch sterben soll, damit ich leben kann?
- Kann ich damit umgehen, evt. während der Wartezeit auf ein Organ zu sterben, weil es zu wenig Spender gibt?

Nicht zu vergessen die grundsätzlichen, sich schon im Vorfeld aufwerfenden Fragen:

- Kann ich mein Sterben ohne Organtransplantation akzeptieren?
- Ist die Organtransplantation zur Lebensverlängerung überhaupt notwendig?
- Wäre ich selbst bereit, ein Organ zu spenden?

Alter, Krankheit und Tod sind selbstverständliche und unvermeidliche Aspekte des Daseins. Auch wenn die Medizin in der Lage ist, Leiden zu lindern, so kann sie angesichts dieser unausweichlichen menschlichen Grunderfahrung doch bestenfalls nur einen knapp befristeten Aufschub erwirken. Ein solcher Aufschub sollte einen Sinn haben und er sollte nicht auf Kosten anderer Wesen erkauft werden. Dies gilt es, sorgfältig abzuwägen.

---

[1] Beecher et al.: A definition of irreversible coma. Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. Journal of the American Medical Association 1968; 205: 337-340, hier übersetzt

[2] zitiert nach: Hans Jonas. Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Insel Verlag 1987, S. 220f. Jonas seinerseits zitiert hier die Erklärung Papst Pius XII. aus dem Jahr 1957

[3] a.a.O., S.233

[4] Dies bedeutet die Ablehnung der durch das Transplantationsgesetz an Stelle einer 'engen Zustimmungsregelung' ermöglichten 'erweiterten Zustimmungsregelung'.

[5] veröffentlicht in Transplantation Proceedings 1997, 29:2739-45, hier übersetzt

[6] Trafficking in organs in Europe, Doc. 9822, 3 June 2003